様式第27号の5(その2)(第21条の2関係)

　　　　　年　　月　　日

　　（あて先）松江市長

住　　　　所

指定自立支援医療機関開設者

氏名又は名称

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定辞退申出書

（薬局）

　下記のとおり指定自立支援医療機関の指定を辞退するので、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令第40条の規定により申し出ます。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 保険薬局 | 名称 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 指定年月日 | | 年　　　月　　　日 |
| 辞退年月日 | | 年　　　月　　　日 |
| 辞退の理由 | |  |

　備考　「（育成医療・更生医療）」のうち、指定を受けていない医療部分を二重線で消去すること。

医療機関コード：